

ZŁOTY ŚRODEK

magazyn chorych reumatycznych

3

2001



**możliwości leczenia
operacyjnego
chorych reumatycznych**

**uzdrowiska polskie
pokonać choroby reumatyczne**



Zimę mamy już za sobą. Jest to dla nas najbardziej stresująca pora roku. Zawsze zastanawiamy się jaka ona będzie. Jak sobie poradzimy, gdy będzie ślisko, a każde wyjście z domu staje się wielkim wyzwaniem.

Ale na szczęście to już minęło i możemy radośniej spojrzeć w przeszłość. Słońce wysoko, a cały świat rozkwita wokół nas i zachęca do wyjścia z domu, zadbania o siebie, dokonania zmian w życiu.

Wszystko wybucha ciepłem, radością i wspaniałością barw. Jesteś częścią tego świata i musisz do niego pasować. Nie możesz pozostać w tyle ze swoimi problemami, szarością codzienności, przytłumiony chorobą.

Daj się ponieść wiośnie, nadziei świąt wielkanocnych i swoim marzeniom. Masz do tego prawo, zasługujesz na dobrą przyszłość.

Pomyśl o sobie. To, że dotknęła Cię choroba, może daje Ci nową szansę. Może to sygnał od losu, nowe wyzwanie, przebudzenie, wyrwanie z wiru codzienności. Może to szansa na poznanie, co w życiu najważniejsze, znalezienie radości w każdej dobrze przeżytej chwili.

Masz zadbać o siebie. A zadbać – to poznać swoje potrzeby, próbować zrozumieć siebie. To także nauczyć się wyrażać swoje uczucia, prosić o pomoc, otworzyć się na świat.

To Twoje życie i nikt go za Ciebie nie przeżyje. To Ty musisz stać się dla siebie najlepszym przyjacielem. Musisz wybierać to, co dla Ciebie najlepsze.

Na drodze zmagania z chorobą potrzebujesz pomocy. Nie ze wszystkim poradzisz sobie sam.

Przypomnij sobie, jaki ogarnia Cię nastrój, kiedy wybierasz się do lekarza. Jesteś zdenerwowany, bo wiesz, że znowu poczujesz się nieswojo. Być może nie zrozumiesz części informacji. Będziesz się obawiał powiedzieć, że źle się czujesz po przepisanych lekach, albo nie stać Cię

na ich wykupienie. Dlaczego tego nie powiesz? To Twoje życie i rezygnując ze szczerej rozmowy, szkodzisz tylko sobie.

Musimy zmienić wzajemne relacje lekarz-pacjent. Przychodzisz do lekarza ze swoim problemem. Znasz najlepiej swój problem, wiesz, co Ci dokucza i wiesz, że chcesz sobie pomóc. Lekarz jest tą osobą, która ma rozpoznać ten problem i razem z Tobą spróbować go rozwiązać. Jest to układ, który nie istnieje, jeżeli rozwiązanie problemu jest jednostronne.

Każdy z nas jest inny, a więc wymaga indywidualnego podejścia. To, że jakiś lek pomógł innym, nie znaczy, że pomoże Tobie. Musisz obserwować siebie i znaleźć odpowiedź na pytanie, co jest dla Ciebie dobre, a co Ci nie służy.

Na pewno nie pomoże Ci terapia, w którą nie wierzysz. Możesz nawet pogorszyć swój stan zdrowia poprzez frustrację, która zawsze towarzyszy przymusowi. Ale przystajesz na ten przymus poprzez milczącą zgodę w gabinecie lekarskim, zapominając, że to Ty prowadzisz swój proces leczenia, jedynie pod kontrolą lekarza.

Tylko w atmosferze wzajemnego szacunku, zaufania i pełnego partnerstwa, a partnerstwo to także umiejętność słuchania, można liczyć na sukces, jakim jest zatrzymanie procesu chorobowego.

Jest to Twój sukces, bo zapanowałaś nad chorobą i sukces Twojego lekarza, który partnerował Ci w walce. Jesteście mądrzejsi i bogatsi o wspólne doświadczenie, o wiedzę, którą daje życie.

Nie będzie tego sukcesu bez Twojej pracy nad sobą, nie możesz szukać w chorobie pretekstu do pozostania w łóżku, czy zamknięcia się w domu. Nawet najdroższe, najlepsze tabletki są niczym, jeżeli zapominasz, że ruch to zdrowie, a zdrowie to życie.

Wyjrzyj przez okno, spójrz jak wszystko żyje w ruchu. Ile w nim jest radości. Spójrz na rośliny, jak pną się ku słońcu, by nie zostać w cieniu, który tłumi ich rozwój.

Dostałeś od lekarza kartkę z ćwiczeniami. Czy wiesz, gdzie ona jest? Jak zaczęłaś dzisiejszy dzień? Czy jesteś w porządku wobec samego siebie?

Jak możesz być dobry dla innych, jeżeli nie jesteś dobry dla siebie? Jak możesz dbać o innych, jeżeli nie dbasz o siebie?

Kochanie siebie samego jest miarą przykazania miłości. Warto więc kochać więcej.

Jolanta Grygielska
Członek Zarządu Stowarzyszenia
Reumatyków i ich Sympatyków
Koło w Warszawie



SPIS TREŚCI

NAUKA

4 Możliwości leczenia operacyjnego chorych reumatycznych

Jacek Kowalczewski

6 Miły Pacjencie – ostrożnie!

Krystyna Książkowska-Pietrzak

9 Uzdrowiska polskie. Część I – Iwonicz Zdrój

Małgorzata Happach

LEKTURY

17 Pokonać choroby reumatyczne

Jolanta Grygielska

opracowanie na podst. podręcznika „Arthritis Helpbook”

PRAKTYKA

12 Cykl – Życ z osteoporozą /część II/

15 Aloes

Jolanta Radecka

16 „Kulinaria antyreumatyczne”

Hanka Żechowska

PROFILE

22 Z gościem za bary

Maria Kozłowska-Olesiejuk

25 Radzenie sobie /część I/

opracowanie Jolanty Makowskiej

28 Ciepło o ciepło

Jolanta Makowska

W SKRÓCIE

32 Informatyka a niepełnosprawni

Leokadia Kacprzak

ZŁOTY ŚRODEK

magazyn chorych reumatycznych

Wydawca :

Stowarzyszenie Reumatyków i ich Sympatyków przy współpracy: Instytutu Reumatologicznego w Warszawie.

Rada programowa:

prof.dr hab.med. Stanisław Luft
prof.dr hab.med. Anna Romicka
dr med. Elżbieta Eyma
dr socj. Bożena Moskałowicz
mgr Jolanta Grygielska

Redaktor:

mgr Teresa Radziszewska

Opracowanie graficzne, skład i druk:

Agencja Reklamy ADEO B., Maciej Muszyński
tel. (022) 819 06 94

Adres redakcji:

02-637 Warszawa, ul. Spartańska 1
tel. (022) 844 42 41 w.352

Adres do korespondencji:

Redakcja magazynu ZŁOTY ŚRODEK
02-637 Warszawa, ul. Spartańska 1
tel. (022) 844 42 41 w. 352

Zastrzegamy sobie prawo do adiacji, skrótów oraz zmian tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń.

W numerze zostały wykorzystane rysunki pacjentów – dzieci i młodzieży, uczniów szkoły działającej przy Klinice Reumatologii Wieku Rozwojowego I.R. w Warszawie – bardzo dziękujemy. Mamy zaszczyt również poinformować Państwa, że wspaniałomyślnym sponsorem wielomiesięcznej pracy Redakcji i Rady Programowej czasopisma „ZŁOTY ŚRODEK” oraz jego druku i kolportażu, jest firma AVENTIS PHARMA, producent preparatu PROFENID® ŻEL.

Życzymy przyjemnej i pożytecznej lektury.

MOŻLIWOŚCI LECZENIA OPERACYJNEGO CHORYCH REUMATYCZNYCH

Choroby reumatyczne obejmują m. in. jednostki chorobowe, w których występuje uszkodzenie struktur stawowych i okostawowych prowadzące do upośledzenia sprawności fizycznej. Zasadniczym problemem w leczeniu tych chorób jest postawienie prawidłowego rozpoznania i odpowiednie leczenia farmakologiczne. Rozpoznanie stawia się na podstawie badania klinicznego uzupełnionego badaniami biochemicznymi oraz immunologicznymi. Leczenie operacyjne w tych chorobach jest stosowane wraz z leczeniem farmakologicznym, fizykoterapeutycznym i kinezyterapeutycznym.

Pierwszymi objawami zapalnych chorób układu ruchu są obrzęki i bóle tkanek okostawowych, najczęściej drobnych stawów rąk i stóp, wysięki w stawach, tzw. sztywność poranna i ograniczenie zakresu ruchu w stawach objętych procesem chorobowym.

Zastosowanie leczenia farmakologicznego ogólnego i miejscowego czy fizykoterapii odpowiedniej

dla rozpoznanej jednostki chorobowej daje złagodzenie dolegliwości bólowych, zmniejszenie lub ustąpienie obrzęków i wysięków oraz zwiększenie zakresu ruchu w stawach.

W sytuacji, gdy leczenie zachowawcze ogólne i miejscowe jest nieskuteczne, wysięki utrzymują się, czy też postępuje niszczenie chrząstki należy rozważyć leczenie operacyjne.

Zabiegi operacyjne, w zależności od zaawansowania zmian w stawach i tkankach miękkich okostawowych można podzielić na dwa główne typy: zabiegi profilaktyczne i rekonstrukcyjne. Zabiegi profilaktyczne wykonuje się wtedy, gdy nie stwierdza się zniszczenia struktur wewnątrzstawowych takich jak: więzadła stabilizujące staw, chrząstka stawowa i kość, a więc wtedy gdy staw jest stabilny, a jego funkcja zachowana. Przed zaplanowaniem każdego z tego typu zabiegów operacyjnych, oprócz badania klinicznego chirurg decyduje o wykonaniu badań obrazowych /rtg, usg, magnetycznego rezo-

nansu jądrowego/ potrzebnych do oceny stawu, jego osi, grubości chrząstki, stanu struktur wewnątrzstawowych. Zabiegi te są zabiegami planowymi, dlatego chory powinien być do nich przygotowany przez lekarza internistę. Pacjent musi mieć wykonane podstawowe badania krwi, moczu, rtg klatki piersiowej, oznaczoną grupę krwi, przeprowadzoną ocenę stanu naczyń obwodowych /np. żyłaki kończyn dolnych stanowią przeciwwskazanie do leczenia ortopedycznego i powinny być usunięte/. Należy wyleczyć wszystkie infekcje (dróg moczowych, jamy ustnej, skóry) wyrównać nadciśnienie tętnicze itp.

Do zabiegów profilaktycznych należą wszystkie zabiegi operacyjne nie powodujące zmian w obrębie chrząstki stawowej i w strukturze stawu. Przy wysiękach w stawach, które utrzymują się powyżej pół roku pomimo leczenia zachowawczego (wchodzą w ten zakres leczenia również iniekcje dostawowe ze steroidów i leków obliterujących naczynia krwionośne) należy wykonać operację

usunięcia błony maziowej, to jest tkanki wyściełającej staw i wytwarzającej płyn stawowy. Najczęściej zabiegi tego typu wykonuje się na stawie kolanowym, łokciowym, barkowym, stawie nadgarstkowym i drobnych stawach ręki. Operacje te dają zniesienie dolegliwości bólowych, często poprawę zakresu ruchu i funkcji stawu. Błona maziowa wyściela nie tylko stawy, ale także pochewki ścięgniaste, m. in. ścięgien prostowników palców, co przy jej przeroście objawia się klepsydrowatym uwypukleniem tkanek w okolicy grzbietowej nadgarstka. W tym przypadku wykonuje się usunięcie błony maziowej wraz z pochawkami ścięgniastymi prostowników. Zabieg ten zwany tenosynovektomią zapobiega uszkodzeniu ścięgien przez wrastającą w nie maziówkę. Podobny zabieg można wykonać w obrębie ścięgien prostowników i zginaczy stopy. Po wszystkich tego typu zabiegach bardzo ważną rolę w uzyskaniu dobrego wyniku pooperacyjnego ma rehabilitacja. Wprowadzenie wczesnego usprawniania już w drugiej dobie po zabiegu operacyjnym, pozwala na odzyskanie prawidłowego zakresu ruchu w stawie.

Często, pomimo prawidłowego leczenia chirurgicznego i farmakologicznego dochodzi w omawia-

nych schorzeniach do zniszczenia chrząstki, zaburzeń osi kończyny, znacznego stopnia ograniczenia zakresu ruchu w stawie. W powyższych przypadkach wykonuje się zabiegi rekonstrukcyjne. Najbardziej znaną grupą zabiegów rekonstrukcyjnych jest zastosowanie sztucznych stawów (czyli endoprotez). Wielu chorych pyta, które są lepsze, które dłużej „pracują”? Obecnie można stwierdzić, że materiały z których wykonuje



się endoprotezy są bardzo trwałe, a największym problemem jest wytrzymałość połączenia endoprotezy z kością. Przy dobrej, mocnej kości stosuje się endoprotezy tzw. bezcementowe, wkręcane bądź wbijane w kość. Przy słabej tkance kostnej stosuje się endoprotezy wklejane przy pomocy cementu chirurgicznego. Dla cho-

rego najważniejsze jest to, że po tego typu zabiegach operacyjnych znika ból, poprawia się oś stawu i zwiększa się zakres ruchu. Bezpośrednio po operacji najkorzystniejsze dla chorego jest wczesne, wstanie z łóżka i rozpoczęcie chodzenia; przy endoprotezie stawu biodrowego w 2 dobie, a stawu kolanowego w około 5 dobie po operacji. W stawach kolanowych, w zależności od rozległości zmian w stawie, stosuje się różnego typu endoprotezy od prostych do złożonych, zastępujących również więzadła stawu. Na świecie wykonuje się corocznie kilkaset tysięcy zabiegów tego typu. Najczęściej wszczepia się sztuczne stawy biodrowe, kolanowe, barkowe i łokciowe. Pionierskie operacje z zastosowaniem sztucznych stawów przeprowadzono już w XIX wieku. W ciągu ostatnich trzydziestu lat nastąpił olbrzymi postęp tak w technice operacyjnej, materiałowej jak i konstrukcji sztucznych stawów. W Polsce stosuje się przede wszystkim endoprotezy stawów biodrowych i kolanowych. Liczba tych operacji jest wciąż niewystarczająca.

Leczenie farmakologiczne, chirurgiczne oraz rehabilitacja ograniczają aktywność choroby i poprzez to utrzymują ważną w codziennym życiu sprawność narządu ruchu. ■

MIŁY PACJENCIE – OSTROŻNIE!

Rodzina pacjenta:

Pani doktor, mama ma 72 lata, jest po operacji wszczepienia endoprotezy biodra z powodu złamania szyki kości udowej. Do wypadku doszło w czasie porannej toalety, gdy mama zawadziła kapciem o chodniczek w łazience i upadła na brzeg wanny.

Od 2 lat otrzymuje wapno i witaminę D3 z powodu osteoporozy. Od 30 lat leczyła się na bóle krzyża, a od 10 lat narzeka na bóle kolan i stóp. Co możemy zrobić, aby zapobiec podobnym sytuacjom.

Lekarz:

Starzenie obejmuje wszystkie elementy ciała ludzkiego. Mięśnie, więzadła, powięzie tracą swoją elastyczność i wytrzymałość na wysiłek fizyczny. W obrębie narządu ruchu pojawiają się zmiany o charakterze zwyrodnieniowym. Zrozumienie zjawisk, które z upływem lat dotyczą każdego z nas pozwoli państwu dostosować się do moich zaleceń.

Stopniowo, wraz z wiekiem postępuje ubytek masy kostnej i zaburzenie jej architektury. Tak

osłabiona kość, nawet przy niewielkim urazie może ulec złamaniu. W miarę upływu czasu zmiany zwyrodnieniowe w stawach prowadzą do trwałych deformacji narządu ruchu, utrudniając poruszanie, samodzielność, a tym samym pogarszając jakość życia chorego.

Utrata elastyczności mięśni wynikająca z ich osłabienia i zaników staje się poważną przyczyną uszkodzeń kości i stawów nawet przy zwykłych ruchach, bez dodatkowego obciążenia zewnętrznego (np. niesienie siatki z zakupami). Dochodzi również do zakłóceń w przekazywaniu bodźców między ośrodkowym układem nerwowym i mięśniami, co sprzyja przeciążeniu kości osłabionych osteoporozą i dalszemu ich niszczeniu. Nieprawidłowa praca mięśni staje się przyczyną powolnego klinościenia trzonów kręgowych o osłabionej strukturze kostnej, czego następstwem jest narastanie kifozy (wdowi garb) w odcinku piersiowym kręgosłupa.

Większość osób dorosłych, a także dzieci i młodzieży, prowadzi siedzący tryb życia. Następstwem tego są zaburzenia równowagi mięśniowej, prowadzące do nie-

prawidłowej postawy ciała i wadliwego stereotypu ruchowego, który sprzyja wczesnym zmianom o charakterze zwyrodnieniowym w układzie kostno-stawowym.

U większości chorych powstaje ból o większym lub mniejszym nasileniu w obrębie kręgosłupa, a także kończyn górnych i dolnych. Występują trudności przy zmianie pozycji, a przebywanie w jednej pozycji przez dłuższy czas nasilają ból oraz sprzyjają utrwalaniu wadliwych stereotypów ruchowych.

U osób starszych, dodatkowo sprzyjają upadkom osłabienie wzroku, zachwiania równowagi i zaburzenia koordynacji ruchów.

Konsekwencją upadku u osób z osłabionym układem kostnym oraz ze zmianami destrukcyjnymi w obrębie stawów, są złamania, które nawet dobrze leczone, stają się poważnym zagrożeniem nie tylko sprawności i samodzielności chorego, ale również jego życia. Dlatego obok odpowiedniego leczenia farmakologicznego, oraz dbałości o ruch i ćwiczenia fizyczne, niezwykle ważne jest zapewnienie bezpieczeństwa niepełnosprawnej osobie, zwłaszcza w takich miejscach jak toaleta i łazienka.

